



FICHE D'INSCRIPTION

Saison 2020 - 2021



Les renseignements demandés ci-dessous correspondent aux adhérents du même foyer.

Adhèrent N°1 NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Sexe : Féminin / Masculin

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tel 1 :

Tel 2 :

Mail 1 :

Mail 2 :

****Droit à l'image** OUI NON

***** Autorisation de soin** OUI NON

Adhèrent N°2 NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Sexe : Féminin / Masculin

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tel 1 :

Tel 2 :

Mail 1 :

Mail 2 :

****Droit à l'image** OUI NON

***** Autorisation de soin** OUI NON

Adhèrent N°3 NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Sexe : Féminin / Masculin

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tel 1 :

Tel 2 :

Mail 1 :

Mail 2 :

****Droit à l'image** OUI NON

***** Autorisation de soin** OUI NON

Adhèrent N°4 NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Sexe : Féminin / Masculin

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tel 1 :

Tel 2 :

Mail 1 :

Mail 2 :

****Droit à l'image** OUI NON

***** Autorisation de soin** OUI NON

******J'autorise Firminy Gym à publier sur son site, tableau d'affichage, facebook, journaux et forum d'association, les photos de mes enfants ou de moi-même prises à l'occasion des compétitions, entraînements, ou autres activités diverses du club

*******J'autorise les responsables du club de Firminy Gym, en cas d'accident, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences, suivant les prescriptions du médecin. A avertir les secours (SAMU, POMPIER, MEDECINS, ...) pour mon enfant pratiquant la gymnastique.



FICHE D'INSCRIPTION

Saison 2020 - 2021

Siège social : chez M. Billon, 58 chemin des Quatre Vents, 42700 Firminy. Association affiliée à la Fédération Française de Gymnastique.

Réservé à Firminy Gym

| Groupe d'entraînement | Petite enfance | GAM/GAF 2014 et+ | Gym adulte, Muscu |
|-----------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| | Baby 2016/17/18 | 1x/S : 195€ | 1x/S : 141€ |
| | Poussy gym 2015 | 2x/S : 216€ | 2x/S : 159€ |
| | 162€ | 3x et +/S : 255€ | |

| | Adhèrent 1 | Adhèrent 2 | Adhèrent 3 | Adhèrent 4 |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Cotisation | | | | |
| Coupon tous en club Firminy : -20€ | | | | |
| Réduction famille* | | 30€ | 50€ | 50€ |
| Réduction spéciale : -10€ licencié 2019/2020 | | | | |
| Carte MRA : -30€ | | | | |
| TOTAL | | | | |

Total Adhérents (1, 2, 3, 4) :

| Règlement | Montant | | |
|---|---------|-------------|------------------------------|
| ANCV | | | |
| Cheque N°1 (Novembre) | | N° chèque : | Nom du Titulaire du chèque : |
| Cheque N°2 (Janvier) | | N° chèque : | Nom du Titulaire du chèque : |
| Cheque N°3 (Avril) | | N° chèque : | Nom du Titulaire du chèque : |
| Chèque de caution engagements pour les compétitions en équipes. | 30€ | N° chèque : | Nom du Titulaire du chèque : |
| TOTAL | | | |

| Pièces à fournir | Adhèrent 1 | Adhèrent 2 | Adhèrent 3 | Adhèrent 4 |
|--|------------|------------|------------|------------|
| Carte Mra (Photocopie) | | | | |
| Certificat Médical renseigner la date d'émission | Date : | Date : | Date : | Date : |
| Attestation | | | | |
| Coupon tous en club Firminy | | | | |

ATTENTION : L'absence de renseignement concernant le droit à l'image et l'autorisation de soin donne au club l'autorisation de publication et de prendre les mesures nécessaires concernant l'ensemble des adhérents mentionnés au recto de ce document.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association

A..... Le

Signature du gymnaste ou des parents pour les mineurs(es)



Questionnaire santé lié à la reprise d'activité physique et sportive suite au confinement (Covid-19)

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Q1. Avez-vous été diagnostiqué·e positif·ve au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ? par test RT-PCR (prélèvement naso-pharyngé, oral ou bronchique) probablement, car j'ai eu un ou des symptômes suivants : fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs, perte de poids supérieure à 5 kg. Mon test RT-PCR était négatif, mais un médecin m'a confirmé le diagnostic. j'ai été hospitalisé·e | | |
| Q2. Avez-vous été en contact avec une ou plusieurs personnes suspectes ou diagnostiquées positives au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ? | | |
| Q3. Présentez-vous ce jour un ou des symptômes suivants (<i>Fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs</i>) ? | | |
| Q4. Ressentez-vous des gênes à l'effort dans la vie de tous les jours ? | | |
| Q5. Pendant la période de confinement et à ce jour, avez-vous arrêté ou fortement réduit votre niveau d'activité physique habituel ? | | |
| Q6. Suite au confinement, présentez-vous une prise de poids supérieure à 5 kg ? | | |
| Q7. Avez-vous été affecté·e psychologiquement par la période de confinement et l'êtes-vous toujours (<i>Modification du sommeil, de l'humeur, diminution ou augmentation compulsive de la prise alimentaire, augmentation de la prise d'alcool ou de tabac</i>) ? | | |

➤ **NON à toutes les questions :**

Vous pouvez reprendre une activité physique et sportive encadrée.

➤ **OUI à une ou plusieurs questions de Q1 à Q4 :**

Consultez votre médecin avant toute reprise d'activité physique et sportive

➤ **OUI à une question de Q5 à Q7 :**

→ Reprise progressive en commençant par la pratique de la marche progressivement sur 4 à 6 semaines puis reprise de l'activité sportive, et ne consultez votre médecin qu'en cas d'apparition d'une symptomatologie anormale à l'effort ou au repos (douleur, essoufflement, palpitations...).

➤ **OUI à au moins deux questions de Q5 à Q7 :**

Une consultation médicale est recommandée avant toute reprise d'activité physique et sportive.